

恐怖症の心理治療における認知行動療法の効果

The Effect of Cognitive Behavior Therapy on the Treatment of Simple Phobia

前 田 基 成

Motonari Maeda

問 題

一般に不安神経症、恐怖症などの不安定情動を主因とする問題に対する行動療法としては、脱感作法に代表されるレスポデント学習に基づいた技法が用いられてきた。

ところで、近年わが国でも、思考様式や信念といった認知的活動そのものの変容を図ったり、認知的活動を変容させることによって、外顯的行動の変容を図る認知行動療法(cognitive behavior therapy)の研究が盛んになってきており(坂野, 1992; 坂野・根建, 1988)、不安神経症、恐怖症などに対する適用も報告され始めている(井上, 1991; 中島, 1991)。

認知行動療法では、

(1) 予期や判断、思考や信念といった認知的活動が情動反応および外顯的行動に影響を与えている。

(2) 行動をコントロールしているのは自分自身であるという、行動のセルフコントロールを重視する。

(3) したがって、認知的活動を自分自身で変容させることで、外顯的行動を変容させることが可能である。

という点を基本仮説としている。したがって、この基本仮説によれば、不安や恐怖などの情動反応の生起は、それを生み出す信念や思考パターンといった認知的活動が介在しており、それを認知的技法によって取り扱えば、不安・恐怖を消去できることになる。

今回、身体症状を呈する恐怖症に対して、従来の脱感作法を適用した結果、不安にともなう身体

症状は消失したものの、target behaviorに対する不安の消去は認められなかったという同じような2症例を経験した。そして、それらの症例に対して認知行動療法を適用したところ、ある程度の改善が得られたので、その治療経過から恐怖症の心理治療における認知行動療法の効果について検討する。

症 例*

【症例 1】 17歳 女 高校2年生

1. 主 訴

授業中に、人前で発言したり、本を読んだりすると声がふるえる。そのため、指名されても、答えられない。教科書が朗読できない。

2. 現病歴

発症は中学校3年生のときである。それ以前、小学校のころより授業中に指名されて教科書を読むときには、多少緊張する傾向はあったものの、読めないということはまったくなかった。中学校3年生の1学期、国語の授業中、指名されて教科書を読んでいるときに、自分の声がふるえているように聞こえた。また、読み終わってから、仲のよい友人から声がふるえていたことを指摘されるということが何度かあった。そのとき以来、授業中に人前で教科書を読むときには、聞いている友人が「声の調子が変わった」、「声がふるえている」と思っていると感じるようになった。それからまもなくして、指名されて教科書を読もうとすると、動悸、手掌発汗、顔面紅潮、手のふるえなどの身体症状が現れ、教科書を読むことができないということがあり、本読み以外にも教師からの

*本研究の症例は、筆者が九州大学医学部心療内科在職中に担当したものである。ご指導いただきました九州大学医学部心療内科教授(現福岡県立大学教授) 中川哲也先生に厚く御礼申し上げます。

質問に少し長く答える（たとえば、自分の考えを述べる）こともできなくなった。それ以来、教科書の指名読みからはずしてもらっているが、「はい」、「いいえ」といった一言だけの短い応答をしたり、黒板に出て解答を書いたりするときには、特に緊張はせず、問題なく遂行できる。

高校に進学した直後はやや症状が軽減した気がしたが、そうした状態は長く継続せず、1か月後には再びもとの状態に戻ってしまった。学級担任教師には自分からわけを話して、他の教科担任には学級担任から話をしてもらった。なお、授業以外の場面では、他者と話すことに全く問題はなく、担任教師の勧めにより、保健室で養護教諭に定期的に面接相談を受けているが、そのときには何でもはきはきと話すということである。

今回、その養護教諭に勧められて九州大学附属病院心療内科を受診した。心療内科における診断は simple phobia で、筆者が面接治療の担当となった。

3. 既往歴

特になし

4. 心理社会的背景

(1) 家族および生育歴：両親(自営業)、兄(大学生)の4人家族である。家族関係は良好で特に問題はない。幼少のころより、家の中ではよくしゃべるが、外に出るとおとなしい方だった。しかし、比較的多くの友人とよく遊び、家の中で一人で遊ぶタイプではなかった。その他、生育歴上で特に問題となることはない。

(2) 学校：3年前に現在在籍する高校に第1志望で入学。仲のよい友人もでき、部活動も弓道部に所属、学校生活にも適応している。本人の話では、授業中に本が読めないこと以外は学校は楽しく、早く治したいとのことである。

(3) パーソナリティ：Y-G性格検査の結果は、AE型でやや内向的である。STAIのTrait-Anxietyは粗点19点で、パーソナリティ特質として比較的不安の高い側面が認められる。

5. 行動分析

担任教師からの情報によると、学校生活場面では、授業中の教科書の指名読み、指名されての発言を除けば全く問題はみられない。おとなしい性格ではあるが、友人も多く、孤立している様子も

なく、授業以外の場面では、友人、教師ともきはき話することができる。したがって、授業中の本読みで声がふるえるという経験をしたことにより獲得された不安によって、緊張場面で身体症状が引き起こされ、そのため教科書が読めないという状態に陥っているものと考えられる。

6. 治療方針

以上のことから、次のような治療方針がたてられた。すなわち、人前で本を読むという緊張場面において生起する不安を、イメージによる系統的脱感作および in vivo による現実脱感作により消去する。また、その際の不安拮抗反応としては、自律訓練標準練習を用いることとする。

7. 治療経過

第1回～第3回：詳細な情報の聴取、治療方針についての説明、不安階層表(Table 1)の作成が行われた。

第4回～第12回：自律訓練標準練習が第2公式(四肢重温感練習)を習得し、十分なりラクセッションが得られるまで行われた。第2公式を習得した段階では、十分なりラクセッションは得られるようになったものの、問題場面における症状には変化がみられなかった。

第13回～第39回：あらかじめ作成されていた不安階層表(Table 1)にしたがって、イメージによる系統的脱感作を実施し、問題場面での不安を消去していった。第21回の面接で、No.6までのSUDが0になった。No.7の場面からは、面接場面における系統的脱感作と並行して、in vivoでの現実脱感作を行った。実際的には、学級担任と連携し、担任が教科担当である国語の授業に、短く答えればよい質問(例えば多肢選択)に答えることから始まり、少し長く答える、教科書を2～3行程度読む、5行程度読む、などのように徐々に terget behavior である No.9の行動に近づけ、それぞれの実際の行動における不安を消去していった。

その結果、第30回の面接の時点で、授業中の本読みや質問に対する応答について、イメージでは全く不安はなくなり(SUDはすべて0になり)、実際の行動でも、指名されれば5行程度は流暢に読めるようになった。また、読んでいるとき、声の調子が変わる、声がふるえる、教科書を持つ手がふるえる、などの様子は担任から見ても何ら観察

Table 1 症例1の不安階層表

| No. | 不 安 場 面 | SUD |
|-----|----------------------------|-----|
| 1. | 初対面の人(60歳以上)と話す | 20 |
| 2. | 初対面の人(50~60歳)と話す | 40 |
| 3. | 初対面の人(40~50歳)と話す | 50 |
| 4. | 初対面の人(20~40歳)と話す | 60 |
| 5. | 同じ学級の男子生徒と話す | 60 |
| 6. | 初対面の人(自分と同世代)と話す | 70 |
| 7. | 授業中、先生の質問に答え、さらに深く質問され、答える | 80 |
| 8. | 英語、国語などの授業で、教科書の指名読みが始まる時 | 80 |
| 9. | 授業中、指名されて教科書を読む | 100 |

されなかった。しかしながら、本人の報告によると、手掌発汗、動悸、顔面紅潮などの身体的症状はなくなったものの、あいかわらず不安は消失しておらず、自分としては、読んでいるときに声がふるえて、聞いている人からは変に思われているのではないかと不安であるとのことであった。

第31回から第39回にかけて、繰り返しイメージおよび in vivo による脱感作を行ったが、この不安は消失しなかった。そうしているうちに、東京の大学に進学することが決まり、筆者との面接治療は終結となった。

【症例 2】 48歳 女 高校教員

1. 主 訴

人前で緊張し、手がふるえる。字が書けなくなる。

2. 現病歴

発症は5年前の43歳のときであるが、それ以前にも、教員になってまもないころ、理科の授業中に生徒の前で実験をして見せているとき、些細な失敗をして生徒から笑われたことがあった。そのとき以来、人の前で何かをするときには、軽度の緊張を覚えるようになったが、何かをするのに特別支障があるほどではなかった。

それから20年たった43歳のとき、以前の上司だった校長の葬儀に参列して記帳する際、少し手がふるえているような気がして、なかなか筆が進まないということがあった。そのときに、周囲にいた人たちから変に思われたのではないかと思ったとのことである。それ以来、人前に出ると、緊張

して手のふるえが気になり始めた。例えば、来客にお茶を差し出したり、銀行や郵便局で住所、氏名を書くときに、手がふるえていると周囲の人から変に思われているのではないかと気になるようになった。そのため、葬儀や結婚式があっても、記帳できないと思い、理由を作って行かないようになった。

ただし、症状が起こる場面はかなり限定されていて、例えば、人前で字を書く場面でも、周囲が大人でない場合には緊張せず、授業中、生徒の前で黒板に字を書いたり、子ども会の会合で、子ども相手に字を書いたりするときには、全く問題を感じない。

発症からほぼ5年たった今年、何とか治さなくてはと思い、手がふるえるということで神経内科の病院を受診、そこから九州大学付属病院心療内科を紹介された。心療内科における診断は simple phobia で、筆者が面接治療の担当となった。

3. 既往症

特になし。

4. 心理社会的背景

(1) 家族および生育歴：夫(会社員)、長女(高校生)、次女(中学生)との4人家族。去年は長女が高校受験で、合格できるか少々心配することがあったが、長女が高校に合格してからは、特に心配事もない。家族関係は良好で、特記事項はない。

患者は幼少のころから父親に習字を厳しく指導されており、その影響からか、字はきれいに書かないと気がすまず、子どものころから形の悪い字を書くことには、ずっと抵抗感があったというこ

とである。その他、生育歴に関しては特に問題はない。

(2) 職業：大学の理学部を卒業後、県立高校で理科の教員をしている。勤務校を3回転任しているが、いずれの学校でも同僚、上司との人間関係はよく、特に不適應の様子はみられない。学校では、教室で生徒の見ている前で黒板に字を書くときも、職員室で字を書くときにも、手がふるえるようなことはなく、まったく問題はみられない。

(3) パーソナリティ：Y-G性格検査の結果はA型で特に問題はない。STAIのTrait Anxietyは粗点17で、やや高不安である。

5. 行動分析

以上のように、手がふるえ、うまく字が書けない緊張場面はかなり限定されている。これは、5年前の葬儀の記帳の際、手がふるえてしまったことにより、書字場面において不安が獲得され、限定された場面において不安が惹起すると、その不安によって手のふるえが引き起こされているものと考えられる。

6. 治療方針

手のふるえを引き起こす特定の緊張場面で生起する不安を、イメージによる系統的脱感作およびin vivoによる現実脱感作によって消去する。不安拮抗反応としては自律訓練標準練習によって得られるリラクセーション反応を用いる。

7. 治療経過

第1回～第3回：詳細な情報の聴取、治療方針の説明および不安階層表(Table 2)の作成が行

われた。

第4回～第16回：自律訓練標準練習が第2公式(四肢重温感練習)の習得まで行われた。第2公式をほぼ習得した段階において、症状に変化はみられなかった。

第17回～第27回：不安階層表(Table 2)にしたがって、問題場面で生起する不安を消去するためにイメージによる系統的脱感作を行った。No.4の場面からは系統的脱感作と並行してin vivoによる現実脱感作を実施した。現実脱感作では、自律訓練を行い、十分なリラクセーションが得られた直後に、実際にその行動を始発させるという手続きがとられた。また、No.9およびNo.10については、受診のときに自律訓練の後、看護婦など医療スタッフが大勢見ている前で字を書くこととした。

その結果、イメージ下でのSUDはすべて0になり、また、実際場面においても、No.8までの行動は確実に遂行できるようになった。No.9、No.10の毛筆での記帳についても、病院では看護婦などが多数見ている前で全くふるえることなく書字ができるようになった。Fig.1は、多数の人が見ている場面での、治療前後のペンおよび毛筆による書字の変化を示したものである。治療前の文字のふるえが治療後ではなくなっているのがよくわかる。しかしながら、「病院では人が見ている前で書けたが、病院と葬儀や結婚式とは違う。葬儀や結婚式では書けないと思う」と言い、通夜の機会が2回あったが、適当な理由を作って参列しなかった。

第28回～第37回：当初の治療方針にはなかった

Table 2 症例2の不安階層表

| No. | 不安場面 | SUD |
|-----|-------------------------|-----|
| 1. | 町内の婦人会の会合で字を書く | 20 |
| 2. | お茶を差し出され、受け取る | 30 |
| 3. | 学校のPTAの会合で字を書く | 30 |
| 4. | 銀行、郵便局で用紙に住所、氏名を書く | 50 |
| 5. | ビールを他の人のコップにつぐ | 60 |
| 6. | PTAの宴会で、日本酒を他の人の杯につぐ | 70 |
| 7. | 来客時、結婚式などで、日本酒を他の人の杯につぐ | 90 |
| 8. | なじみのない来客の接待で、お茶を差し出す | 90 |
| 9. | 結婚式で、記帳する | 100 |
| 10. | 通夜、葬儀で、記帳する | 100 |

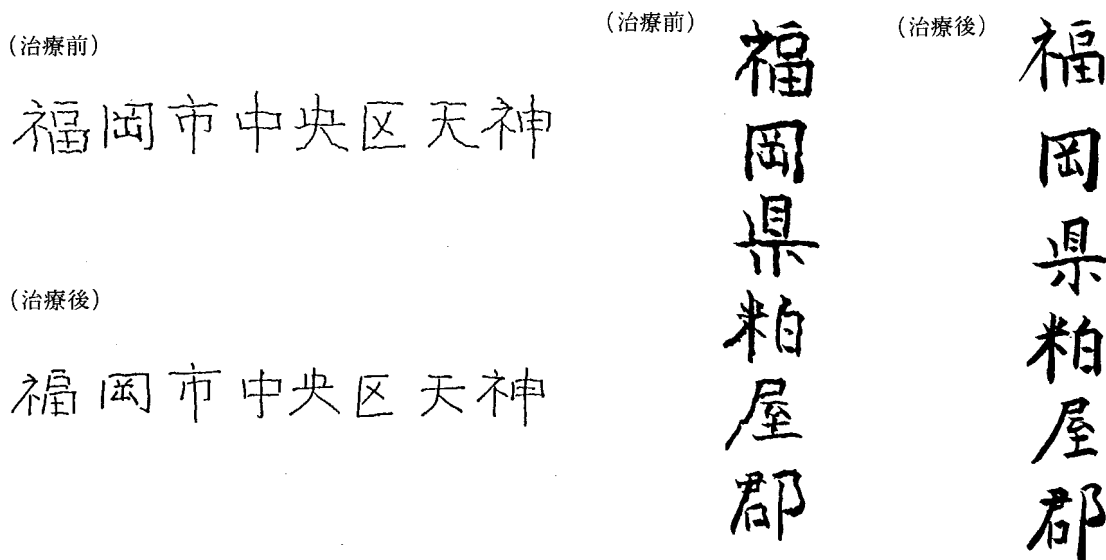


Fig. 1 治療前後の書字の変化

が、「葬儀や結婚式でうまく字が書けないに違いない」という誤った思い込みが根強く存在し、そのために「うまく記帳できないだろう」という不安が消去できないと考えられるため、その誤った認知の修正を図る目的で、認知的再体制化(cognitive restructuring)を実施した。具体的には、McMullin & Gilles (1981) の countering の手続きを用いた。すなわち、面接の中に、

①うれしい、悲しい、腹が立つなどの情緒的反応は認知によって引き起こされていることを説明し、理解させる。

②今回問題となっている不安は、「記帳のとき、手がふるえるだろう」という固定化した誤った認知によって引き起こされていることを理解させる。

③自分の頭の中で、その誤った思い込み(習慣的思考)と反撃思考(Fig.2)とを議論させ、固定化している習慣的思考が誤りであることを確信させる。

という手続きを導入した。ただし、③の手続きは自宅でも行うこととした。

その結果、9回の面接で「何とか記帳できそうな気がする」という陳述がなされ、一応面接治療は終結とした。その後の追跡調査では、10か月後に、夫が依頼されて仲人を引き受けた結婚式のとき、参加者がほとんど集まらないうちに記帳したが、特に問題はなかった。記帳できそうだという自信が出てきたとのことである。ただし、その後2年間は、結婚式も葬儀もなく、記帳する機会はない。

考 察

症例1、2ともに発症経過からは、特定場面における不安反応が獲得され、その不安反応によって手がふるえる、字がうま書けないなどの身体症状が引き起こされていることが考えられた。したがっ

| 習慣的思考 | 反撃思考 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 結婚式や葬儀で記帳するときは、必ず手がふるえて、字がうま書けないであろう。 | そんなことはない。病院では大勢の人が見えている前で、ふるえずに字が書けた。 |

Fig. 2 不安を引き起こす習慣的思考および治療に用いられた反撃思考

て、当初の治療方針としては、そのような特定場面において生じる不安を制止することに重点がおかれ、イメージおよび in vivo による脱感作法が適用された。その結果、イメージ刺激では不安は誘発されなくなり、また、実際場面においても、症例 1 では、授業中に人前で 5 行程度は流暢に教科書を読むことができる、症例 2 では、病院で大勢の人が見ている前で、毛筆でふるえることなく書字ができるなど、terget behavior について外顕的行動レベルではかなりの改善を示すようになった。しかしながら、その terget behavior を遂行するにあたっての予期不安は徹底した脱感作を行っても消去できなかった。

症例 1 は、患者が東京の大学に進学するため、治療が継続できなくなり、結果的にはその不安を除去する治療は行われなまま終った。いわば失敗症例といってよいであろう。これに対し、症例 2 はそうした不安を除去するために、脱感作法の後に認知的再体制化を実施し、脱感作法のみのときよりも不安の低減が可能になった。この 2 つの症例を比較すると、思い込み、信念などの誤った認知に基づく不安反応は脱感作法だけでは消去できない場合があり、そのようなときには、今回用いた認知的再体制化のような認知行動療法が有効であることが示唆される。

こうした結果は、換言すれば、脱感作法だけでは terget behavior をうまく遂行するという自己効力感 (self-efficacy) を完全に高めた状態まで至らなかったのを、認知的再体制化の手続きが自己効力感をさらに高めたといえる。

東條・前田 (1988) はチックの児童を対象として、単一事例実験計画法によりチックの再発しなかった症例と再発した症例について、自己効力感を指標とした治療過程の比較検討を行った。その結果、チックの症状はほぼ消失した状態でも、自己効力感が完全に高められていないと、チックの再発が認められた。この自己効力感が完全に高められていない状態が、本研究では脱感作法により外顕的行動レベルの改善はもたらされたものの、まだ不安は消失されていないという段階に相当する。したがって、認知的再体制化によって不安を除去し、自己効力感をさらに高めるといえる操作は必須のものであったといえよう。Bandura (1977)

は自己効力感を規定する情報源の 1 つとして「言語的説得」をあげ、これに基づく技法の 1 つに自己教示をあげている。今回用いられた習慣的思考と反撃思考を頭の中で議論させるという手続きは、自己教示と多くの部分で共通している。つまり、本研究の症例 2 の countering の手続きによる自己効力感の上昇は、実際に葬儀・結婚式という場面での遂行行動の達成を経験して上昇したものであるだけに、言語的説得を情報源にしたものと考えられる。

ところで、田上・前田 (1992) は不安神経症の治療において、自律訓練だけでは消去できなかった不安を、今回適用されたものと同じ手続きを用いて除去することに成功している。しかしながら、田上・前田 (1992) の研究も、本研究も、行動に比較して認知のアセスメントが十分になされているとはいえない。こうした症例においては、行動の変容と認知の変容の両方をアセスメントすることが必要であると思われるが、この点が今後に残された課題であろう。

(まえだ もとなり 非常勤講師)
(1993. 1. 18 受理)

引用文献

- Bandura, A. 1977 Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, **84**, 191-215.
- 井上和臣 1991 恐慌性障害の認知行動療法 臨床精神医学, **20**, 939-946.
- 中島勝秀 1991 神経症圏の認知行動療法 臨床精神医学, **20**, 931-937.
- Mcmullin, R. E. & Giles, T. R. 1981 *Cognitive-behavior therapy*. Grune & Stratton.
- 坂野雄二 1992 認知行動療法の発展と今後の課題 ヒューマンサイエンス リサーチ, **1**, 87-107.
- 坂野雄二・根建金男 1988 行動療法から認知行動的介入へ 季刊精神療法, **14**, 121-134.
- 田上不二夫・前田基成 1992 認知行動的カウンセリングによる不安神経症の治療 信州大学教育学部紀要, **76**, 95-102.
- 東條光彦・前田基成 1988 チックに対する認知的変容と症状改善 - self-efficacy を指標とした治療過程の検討 - カウンセリング研究, **21**, 47-53.